

**Министру здравоохранения
Республики Мордовия**

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О. гражданина)

(проживающего по адресу)

(тел. дом, сот.)

(паспортные данные)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,

(Ф.И.О. гражданина)

согласен (на) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных.

Министерство здравоохранения Республики Мордовия вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации высшего образования.

Права в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

(число, месяц, год)

(подпись, расшифровка подписи)